

PERFIL DA POPULAÇÃO FEMININA ATENDIDA NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE- CE

Ana Aline Andrade Martins¹; Italla Maria Pinheiro Bezerra²

Resumo

A atenção à saúde das mulheres é atualmente pautada na integralidade da assistência, em uma perspectiva biopsicossocial. No entanto, historicamente a assistência a esse grupo populacional foi marcada por inúmeras controvérsias, medidas fragmentadas e de pouco impacto, uma vez que as considerava apenas em sua esfera reprodutiva. Nesse contexto, objetivou-se investigar o perfil socioeconômico da população que procura atendimento para o planejamento familiar implementado na atenção primária de saúde. O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, quantitativa, realizado em uma Unidade de saúde do município de Juazeiro do Norte- CE em setembro a outubro de 2012. Participaram do estudo 15 mulheres. Utilizou-se um questionário para coleta de dados, e para organização destes o programa Microsoft Office Excel. A análise foi baseada na literatura pertinente a temática. Diante os resultados, foi possível observar um perfil socioeconômico semelhantes entre a maioria das participantes o que provavelmente expressa à realidade das demais mulheres que procuram o programa de planejamento familiar uma vez que a população. Diante os resultados observou-se uma forte ligação do perfil socioeconômico da população feminina com as características dos Determinantes sociais de Saúde (DSS), o que desponta sobre a importância e existência destas relações na sociedade de uma forma muito presente. Desta forma, torna-se de fundamental importância que os profissionais de saúde identifiquem o perfil socioeconômico da população sob seus cuidados para direcionar a assistência de forma adequada, identificando assim quais as condições predisponentes para desenvolvimento de determinados agravos a saúde e em especial no quesito da saúde reprodutiva da mulher uma vez que os DSS refletem de forma decisiva sobre a mesma.

Palavras-Chave: Planejamento familiar, Perfil de saúde, Trabalho.

PROFILE OF FEMALE POPULACE ATTENDED IN FAMILY PLANNING PROGRAM IN A HEALTH OF THE FAMILY IN THE CITY OF JUAZEIRO-EC

Abstract

Health care for women is currently based in the comprehensive care in a biopsychosocial perspective. However, historically assistance to this population group was marked by numerous controversies, piecemeal and little impact, since the only thought in his sphere reprodutiva. Nesse context aimed to investigate the socioeconomic profile of the population seeking care for family planning implemented in primary health care. This work is characterized as a descriptive and quantitative research, conducted in a unit of the municipal health Juazeiro-EC in September-October 2012. The study included 15 women. A questionnaire was used for data collection and organization of the program for Microsoft Excel office. The analysis was based on the theme literature. Given the results, it was possible to observe a similar socioeconomic profile

¹Enfermeira pela Faculdade Juazeiro do Norte- FJN. Especializanda em gestão e Assistência à saúde da família. Email: analine_martins2@hotmail.com.

²Enfermeira Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB. Pesquisadora do Grupo Saúde Coletiva- GRUPESC- URCA.

among most participants that probably expresses the reality of other women seeking family planning program. Given the results showed a strong link in the socioeconomic profile of the female population with the characteristics of the social determinants of health (SDH), what stands out about the existence and importance of these relationships in society in a very present. Thus, it becomes extremely important that health professionals identify the socioeconomic profile of the population under their care to target assistance appropriately, thereby identifying which conditions predisposing to development of certain diseases and health especially in the question of women's reproductive health since the DSS reflect decisively on it.

Keywords: Family planning, Health profile, Work.

Introdução

A atenção à saúde das mulheres é atualmente pautada na integralidade da assistência, em uma perspectiva biopsicossocial. No entanto, historicamente a assistência a esse grupo populacional foi marcada por inúmeras controvérsias, medidas fragmentadas e de pouco impacto, uma vez que as considerava apenas em sua esfera reprodutiva.

A real modificação dessa realidade surgiu em 1983, quando foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com a proposta inovadora de uma abordagem integral da saúde. Embora tenha se pautado na discussão sobre o princípio da integralidade, o PAISM atuou na perspectiva da resolução de problemas, mantendo a ênfase na saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna (MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010).

Devido às lacunas deixadas pelo programa, cria-se em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que se encontra atualmente em vigor (BRASIL, 2004). A mesma resgata diversos princípios do PAISM, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres em todo o território nacional (COELHO et al., 2009).

Entre os seus objetivos está à garantia, estímulo, implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, ampliando e qualificando a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade (BRASIL, 2004).

A implementação do programa se dá por meio de distribuição de métodos anticoncepcionais de forma gratuita, bem como a assistência por parte dos profissionais de saúde.

Estudos mostram que a taxa de fecundidade é mais elevada entre as mulheres de classes sociais menos favorecidas. Entre estas há uma média de quatro filhos, em contraste com a média de 1,6 filhos entre as mulheres de classes sociais mais favorecidas. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) afirmam que o planejamento familiar permite aos casais decidir quando começar a ter filhos, qual o intervalo entre eles e quando parar; que engravidar antes de 18 anos e depois dos 35 anos aumenta os riscos de saúde, tanto para a mãe quanto para a criança; que o intervalo entre os partos menor que dois anos aumenta em 50% o risco de morte fetal; e que dar a luz a mais de quatro crianças aumenta os riscos durante as gestações e os partos (MOURA et al., 2010).

Diante dos dados torna-se de suma importância que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros conheçam e considerem as condições de vida em que estas mulheres estão inseridas na sociedade, pois tais condições refletem de forma expressiva na procura do programa de planejamento familiar pela população.

Desta forma o estudo torna-se relevante uma vez que possibilitara a identificação dos principais dados socioeconômicos que influenciam nesta procura, bem como quais as condições que podem expor estas mulheres a possíveis riscos reprodutivos.

Objetivos

Diante o exposto o presente trabalho visa investigar qual o perfil socioeconômico da população que procura atendimento no programa implementado na atenção primária de saúde em uma ESF na cidade de Juazeiro do Norte-Ceará.

Método

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, quantitativa. Participaram do estudo 15 mulheres. Utilizou-se um questionário para coleta de dados, e para organização destes o programa Microsoft Office *Excel*. A análise foi baseada na literatura pertinente a temática.

Resultados e Discussão

Diante os resultados foi possível observar um perfil socioeconômico semelhantes entre a maioria das participantes o que provavelmente expressa à realidade das demais mulheres que procuram o programa de planejamento familiar. Cabe ressaltar a inexistência de homens procurando assistência no referido programa.

A partir dos dados coletados, evidenciou-se que a população feminina atendida no programa de planejamento familiar, a maioria era casada, correspondendo a 53,33%, como ilustra a tabela 1. Refletindo assim uma forte relação do estado civil com o desejo em se planejar ou não a prole.

Tabela 1: Estado civil da população investigada. ESF na cidade de Juazeiro do Norte- CE, 2012.

Casada	União Estável	Solteira
53,33%	40%	6,65%

Fonte própria.

Corroborando desta forma com estudo que mostra que a condição de união é importante de ser avaliada no contexto da assistência ao planejamento familiar, uma vez que perspectivas para se planejar a prole, tomada de decisão compartilhada, abortamentos voluntários e outros aspectos poderão estar mais ou menos presentes, a depender do tipo de união (MOURA et al., 2010).

A ausência da figura masculina na procura pelo o programa de planejamento familiar reflete uma questão cultural apesar de se viver uma época em que ocorre uma mudança na percepção de gênero, demonstrando desta forma a fragilidade da capacidade da equipe que compõem a ESF em captar esta população. Diante disto tal prerrogativa caminha em sentido contrario do alerta exposto na Conferência de Beijing, promovida pela Organização das Nações Unidas em 1995, no qual ressaltou a importância da divisão da responsabilidade pela anticoncepção entre ambos os sexos, visando à promoção da saúde reprodutiva, e enfatiza a sua relevância para a consolidação de uma sociedade democrática e para o desenvolvimento da cidadania (SILVA et al., 2009).

Em relação à idade das participantes do estudo, houve uma variação entre 16 a 50 anos, com uma maior representividade das mulheres entre a faixa etária de 22 a 28 anos de idade e uma parcela ínfima de mulheres na faixa dos 50 anos. De acordo com OMS classifica os ciclos de vida em: adolescentes jovens aqueles que se encontram entre a faixa etária de 15 a 19 anos, os adultos jovens aqueles que estão entre a faixa etária de 20 a 24 anos, fase adulta a partir do 25 anos e idoso quem possui idade igual ou superior a 65 anos (fonte). Desta forma observou-se que 13,33% (02 mulheres) das participantes estavam na faixa etária de adolescentes jovens, enquanto 26,66% (04 mulheres) na chamada fase adulta jovem e 60% (09 mulheres) na fase adulta. Representando desta forma uma pequena procura por assistência no planejamento familiar por parte da população adolescente e de mulheres com idade superior a 30 anos uma O que não condiz com

estudos que mostram que a gestação na adolescência corre entre 17 a 19 anos de idade corroborando assim com o aumento de 104,2% na ocorrência de partos na faixa dos 14 anos e de 58,8% aos 15 anos observados nos últimos anos (CARVALHO et al., 2009).

Tabela 2: Distribuição da Idade da população. ESF na cidade de Juazeiro do Norte- CE, 2012.

Adolescentes Jovens 15-19 anos	Adulto Jovem 20-24 anos	Adulto
13,33%	26,66%	60%

Fonte própria.

Afirmado ainda que, a baixa frequência de adolescentes e de mulheres no climatério no serviço de planejamento familiar sugere que estes grupos sejam prioritários na captação pelos agentes de saúde e na orientação qualificada e específica dos demais profissionais de saúde da ESF, com a promoção do uso de métodos anticoncepcionais (MAC) seguros e prevenção de gestações de risco. Estudos devem ser direcionados para o impacto do planejamento familiar na recorrência de gravidez na adolescência e na mulher na fase do climatério, visto ser uma fase de risco e que merece atenção especial (MOURA et al., 2010).

Em relação à escolaridade, 73,33% (11 mulheres) diz ter concluído o ensino médio, 13,33% (02 mulheres) possui ensino fundamental incompleto e 13,32% (02 mulheres) dividi-se em ensino médio incompleto e superior incompleto respectivamente, ou seja, a grande maioria das participantes possui cerca de 12 anos de estudo concluído representado na tabela 3.

Tabela 3: Escolaridade da população investigada. . ESF na cidade de Juazeiro do Norte- CE, 2012.

Ens. Médio Completo	Ens. Médio incompleto	Ens. Fundamental incompleto	Superior incompleto
73,33%	6,66%	13,33%	6,66%

Fonte própria

Refletindo assim um baixo indicio de desistência e ou abandono dos estudos por parte da população entrevistada já que apenas uma parcela 13,33% possui ensino fundamental incompleto. Em contra partida apenas 6,66% esta cursando o ensino superior. O que atua com uma variável de suma importância já que quanto maior o nível de instrução da população, maior a procura por serviços de saúde e melhor interpretação das orientações passadas pelos os profissionais. Condizendo assim com um estudo que identificou uma maior prevalência entre as usuárias com 44,9% com ensino médio e técnico seguido de 31,6% para escolaridade entre 5º e 8º série demonstrando assim que a maioria sabe ler e escrever, podendo assumir desta forma sua autonomia (BARRETO, 2010).

No quesito numero de filhos 60% (09 mulheres) possui 01 filho, outros 20% (03) mulheres possui 02 filhos, 6,66% (01 mulher) possui 03 filhos e outros 6,66% (01 mulher) com 04 filhos. Demonstrando desta forma o desejo de manter estabilizado o número de filhos por um determinado período de tempo já que as mesmas fazem uso de MAC para evitar gestações não planejadas. Representando assim a mudança da representação da família atual, que assume uma característica de família com um numero reduzido de filhos representado na tabela 4.

Tabela 4: Quantidade de filhos da população investigada. ESF na cidade de Juazeiro do Norte- CE, 2012.

01 filho	02 filhos	03 filhos	04 ou mais filhos
60%	20%	6,66%	6,66%

Fonte própria

Desta forma vai ao encontro da redução na Taxa de Fecundidade Total (TFT) que vem ocorrendo no país nas últimas décadas. Estimada atualmente em 2,3 filhos por mulher, a TFT sofreu grande redução comparando-se aos 6,2 observados até meados dos anos 1960. Especificamente a região Nordeste, na qual se insere o Estado do Ceará, em 1970, a TFT era superior a oito filhos por mulher. Essa realidade pode ser atribuída ao maior acesso da população aos MAC, ao desejo cada vez menor das mulheres em conceber, vindo substituir os planos da maternidade por outros projetos de vida e de independência financeira, como a escolarização e a profissionalização, bem como a própria expectativa de melhor qualidade de vida para a família (MOURA et al., 2010).

Em relação à renda e trabalho, 66,66% (10 mulheres) são responsáveis pelo o sustento da família juntamente com seu companheiro atuando nos mais diversos tipos de profissões e 20% (03 mulheres) ainda vive condição de trabalhar no próprio domicílio assumindo desta forma exclusivamente as tarefas domésticas enquanto, 6,66% (01 mulheres) trabalha na agricultura e 6,66% (01 mulher) exerce a função de estudante de ensino superior o que pode ser observado na tabela 5. Tal condição expressa uma grande representatividade uma vez que, o ato de trabalhar e prover a renda familiar juntamente com o cônjuge, confere a população feminina o poder de negociação com o parceiro em relação a qual o melhor momento pra se planejar uma gestação, oportunizando espaço para novos projetos de vida, em contra partida a suplementação da renda familiar também possui uma forte relação com a quantidade de filhos.

Tabela 5: Renda e trabalho da população investigada. ESF na cidade de Juazeiro do Norte- CE, 2012

Trabalha	Do lar	Estudante	Agricultora
66,66%	20%	6,66%	66,66%

Fonte própria

A prerrogativa é validada, pois a mesma corrobora com estudo que demonstra a renda familiar como um fator importante no planejamento familiar e que o número de filhos é inversamente proporcional a essa. Em 1999, uma família com renda per capita de até um quarto do salário mínimo tinha, em média, cinco pessoas, enquanto uma família com renda per capita de mais de cinco salários mínimos tinha, em média, 2,7 pessoas (Leventhal; Barbosa, 2008).

A última característica, mas não menos importante é que a maioria da população investigada apresenta procedência da zona urbana 79,99% (12 mulheres) e apenas 20% (03 mulheres) são provenientes da zona rural de Juazeiro do Norte- CE representado na tabela 6. A procedência das entrevistadas reflete que as mulheres da zona urbana, procuram com mais frequência os serviços de saúde, porém não significa que a população rural esteja descoberta de atendimento, uma vez que a amostra do presente estudo é reduzida, refletindo apenas a realidade de uma parcela atendida em determinada ESF. O que direciona a necessidade de desenvolvimento de estudos que visem investigar a cobertura por parte das ESF e pratica de procura por atendimento no programa de planejamento familiar por mulheres alocadas na zona rural

Tabela 6: Procedência da população investigada. ESF na cidade de Juazeiro do Norte- CE, 2012

Zona Urbana	Zona Rural
79,99%	20%

Fonte própria

Em estudo semelhante mostra que as mulheres que residem nas sedes dos municípios e aquelas que residem nas áreas rurais dos municípios investigados estão a ter filhos em proporções semelhantes. Das

mulheres residentes em áreas urbanas, 12,1% eram multíparas e apenas 6,9% das mulheres de áreas rurais apresentaram a mesma condição. Essa ausência de associação estatística significativa é contestável, uma vez que se espera que as mulheres de áreas rurais, tendo menos acesso aos MAC, tenham mais partos. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que o número de mulheres da zona urbana e da zona rural foi equitativo e, na realidade, o número da população da zona urbana tende a ser maior. Por outro lado, esses achados poderão ser considerados um impacto produzido pelas ações das equipes da ESF, o que sugere a realização de novos estudos (MOURA et al., 2010).

Conclusões

Diante os resultados observou-se uma forte ligação do perfil socioeconômico da população feminina com as características dos Determinantes sociais de Saúde (DSS), o que desponta sobre a importância e existência destas relações na sociedade de uma forma muito presente.

Desta forma, torna-se de fundamental importância que os profissionais de saúde identifiquem o perfil socioeconômico da população sob seus cuidados para direcionar a assistência de forma adequada, identificando assim quais as condições predisponentes para desenvolvimento de determinados agravos a saúde e em especial no quesito da saúde reprodutiva da mulher uma vez que os DSS refletem de forma decisiva sobre a mesma. Assim direciona-se para uma necessidade de desenvolvimento de trabalhos científicos referente a temática que apesar de antiga, ainda é pouco trabalhada.

Referências

- BARRETO, F. S. C.A. **A bioética e o programa de planejamento familiar: a percepção das usuárias e dos profissionais dos ambulatórios de Teresina- PI** [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília- UnB. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 79 p, 2004.
- CARVALHO, A. Y. C. ET AL. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. **Rev. Rene**. Fortaleza. v. 10, p. 53-61, 2009.
- COELHO, E. D. A. C. *et al*. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Rev. Enferm**, v.13, pág.154-160, 2009.
- LEVENTHAL, L. C.; BARBOSA, K. S. F. Planejamento das gestações entre puérperas do hospital público e privado. **RBS**. V. 21, p. 269-274, 2008.
- MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCHESE, G. Integração entre vigilância sanitária e a assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade do SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, pág. 682-692, abr, 2010.
- MOURA, E.R.F. *et al*, Perfil socioeconômico e de Saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2010, v. 34, p.119-133, 2010.
- SILVA, Z. P. ET AL. Perfil sociodemográfico e padrão da utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) 2003-2008. **Ciências & Saúde coletiva**. v. 16, p. 3807-3816, 2011. ●